年　　　月　　　日

八王子市長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　診療科名

担当科目

医師氏名

指　定　内　容　変　更　届

　身体障害者福祉法第１５条第１項に規定する医師の指定内容について、下記のとおり変更したので届け出ます。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 変更事項 | 変　更　前 | 変　更　後 |
| 医師氏名 |  |  |
| 診療に従事する  医療機関の名称  及び診療科名 | ① | ① |
| ② | ② |
| ③ | ③ |
| 所在地  電話番号 | ①八王子市  （電話番号　　　　　　　　　　　　　　　） | ①八王子市  （電話番号　　　　　　　　　　　　　） |
| ②八王子市  （電話番号　　　　　　　　　　　　　　　） | ②八王子市  （電話番号　　　　　　　　　　　　　） |
| ③八王子市  （電話番号　　　　　　　　　　　　　　　） | ③八王子市  （電話番号　　　　　　　　　　　　　） |
| 変更年月日 | 年　　　　　　　月　　　　　　日 | |
| 変更理由 |  | |

（記入上の注意）

　１　２箇所以上の医療機関において指定されている場合は、診療に従事する市内の全ての医療機関の名称、診療科名及び所在地を併記すること。

　２　届出内容について確認することがあるので、事務担当者の所属、氏名及び連絡先を記入すること。

事務担当者所属・氏名　　　　　　　　　　　　（連絡先）